

'הלכה ואין מורין כן' - מדוע הרפואה ההתנהגותית אינה נמצאת ביישום נרחב בעבודה הרפואית השוטפת?

תקציר:

רקע: הרפואה ההתנהגותית היא שדה רב תחומי, העוסק בשילוב ידע התנהגותי וביו רפואי במניעת מצבי חולים שונים, באבחונם ובקביעת טיפול הולם. הוכח, כי טיפולים התנהגותיים (כגון היפנוזה, הרפיה, מדיטציה, ביופידבק וטיפול קוגניטיבי-התנהגותי) יעילים בהפחתת תסמינים גופניים, הגברת התנהגויות בריאות ושיפור איכות חיים במספר רב של בעיות רפואיות, כגון כאב כרוני, תסמונות סומטיות ומחלות כרוניות שונות. הרפואה ההתנהגותית תוארה כ"מהפכה הטיפולית השלישית" במדעי הרפואה, לאחר המהפכות של מקצועות הכירורגיה והטיפוליים בתרופות במהלך המאות ה-19 וה-20.

הצגת הבעיה: אף שבמאה ה-21 התפיסה הביופסיכוסוציאלית מקובלת בעולם הרפואה, ואף שתוצאות מחקרים רבים מוכיחות את יעילותם של הטיפולים ההתנהגותיים השונים, יש תת שימוש בכלים אלו במערכת הרפואית. הסיבות לכך נעוצות בנסיבות היסטוריות הקשורות לראייה הדיכוטומית המפרידה בין גוף לנפש, המשויכת למודל הביורפואי שהיה מקובל בעולם הרפואה עד לסוף המאה הקודמת. בהתאם לפרדיגמה הביורפואית, נבנתה מערכת רפואית שיש בה הפרדה בין גוף לנפש, כך שרופאים מטפלים בבעיות גופניות, ואילו פסיכולוגים ופסיכיאטרים מטפלים בבעיות נפשיות. אותה תפיסה דיכוטומית אף יצרה מצב שבו טיפולים התנהגותיים אינם כלולים בסל הבריאות, ורופאים רבים כיום, גם אלה המכירים ומאמינים בחשיבותה של הסתכלות ביופסיכוסוציאלית, אינם מוכשרים דיים לעסוק בטיפול התנהגותי.

דיון: במדינת ישראל כיום יש מרכזים הנוקטים בטכניקות התנהגותיות כחלק מפעילותם הרפואית הסדירה, אולם לא קיים גוף ציבורי המאגד את הידע אודות השימוש בכלים התנהגותיים בישראל. לטובת החולים, הרופאים והמערכת הרפואית כולה, חשוב שאנשי הצוות הרפואי והפארארפואי, כולל סטודנטים ומתמחים במקצועות השונים, יכירו היטב את תחום הרפואה ההתנהגותית. חשוב שעקרונות וכלים מתחום זה ישולבו בפעילות הרפואית וההדרכתית היומיומית. לשם כך מוצעים במאמרנו מספר עקרונות מנחים לשילוב יעיל של כלים התנהגותיים בטיפול הרפואי השוטף.

מילות מפתח: רפואה התנהגותית; היפנוזה; ביופידבק; הגישה הביופסיכוסוציאלית; פסיכולוגיה רפואית; ניורולוגיה תפקודית.
KEY WORDS: Behavioral medicine; Hypnosis; Biofeedback; Bio-psycho-social model; Medical psychology; Functional neurology

הקדמה

הרפואה המודרנית עומדת כיום על פרשת דרכים. למרות היעילות הגבוהה של הטיפולים הרפואיים במצבים חדים ומסכני חיים, הרי שפעמים רבות מטרות הטיפול המצופות אינן מתממשות, וכתוצאה מכך נגרמות תמותה ותחלואה שאינן הכרחיות [1-3]. רופא המתמודד עם חולים במצב מורכב זקוק מאוד לכלים טיפוליים אחרים, כדי לשפר את איכות הטיפול הרפואי ואת יעילותו. כלים אלה נדרשים במיוחד במצבי חולי כרוניים מתמשכים, כגון מחלות לב, סוכרת, כאב כרוני וגנחת הסימפונות (אסתמה).

למרות ההכרה במודל הביופסיכוסוציאלית, וההבנה כי יש לשלב טיפולים נפשיים והתנהגותיים בעזרה לחולים, קיים תת-שימוש בטיפולים אלה – הן מחוסר היכרות איתם והן בשל אופי הפעילות של מערכת הבריאות, שאינו מאפשר זאת. היישום של טיפולים התנהגותיים בהקשר הרפואי אינו מוכר מספיק, חרף העובדה שטיפולים אלה עשויים להיות יעילים יותר ולהביא

לתוצאות טובות יותר. ההיסטוריה של הרפואה רצופה בדוגמאות של טיפולים יעילים, אשר נדחו רק מפני שלא התאימו לפרדיגמת החשיבה המקובלת באותה תקופה מבחינת מנגנון המחלה או אופן פעולת הגורם הטיפולי [4]. לנוכח תת-השימוש בכלים התנהגותיים בעבודה הרפואית השוטפת, נודעת חשיבות להעלאת המודעות לקיומם, לאופן פעולתם וליעילותם.

הרפואה ההתנהגותית (Behavioral medicine)

הרפואה ההתנהגותית היא שדה רב-תחומי, העוסק בשילוב ידע התנהגותי וביו-רפואי לשם מניעה, אבחון, טיפול ושיקום של מצבי בריאות וחולי שונים [5]. מקובל להניח כי קיימים מספר קריטריונים אשר מגדירים באופן בסיסי את הרפואה ההתנהגותית:
1. הרפואה ההתנהגותית, קרי רפואה שאינה פרמקולוגית או כירורגית, היא ענף מדע מולטידיסציפלינארי אשר עוסק במחקר ובטיפול. היא נשענת במידה רבה על מדעי הפסיכולוגיה,

עודד המרמן^{1,3}
דוד מוסטופסקי²
יונה לוריא¹
גל איפרגן³
יעקב עזרא³

¹ היחידה לפסיכולוגיה רפואית, מרכז רפואי אוניברסיטאי הדסה עין כרם, ירושלים
² אוניברסיטת בוסטון, בוסטון מסצ'וסטס
³ המחלקה לניורולוגיה, בית החולים האוניברסיטאי סורוקה, באר שבע

מדדים ביולוגיים, מדדי דיווח עצמי (הפחתה בתדירות ובעוצמת התסמינים) ומדדי צריכת שירותי רפואה (מספר ביקורי רופאים, צריכת תרופות וכדומה).

עלות רוב הטיפולים ההתנהגותיים נמוכה יחסית, וחלקם ניתנים ללמידה וליישום על ידי אנשי הצוות המטפל עצמו (רופאים ואחיות) לאחר השתלמויות קצרות. הטיפולים הללו כדאיים, הן מבחינת העלויות הישירות למערכת הרפואית, והן מבחינת העלויות למשק, בשל חיסכון בימי מחלה [23]. הטיפול ההתנהגותי אינו פתרון קסם ואינו עובד בכל מצב. בחלק מאוכלוסיות החולים הטיפול ההתנהגותי יעיל פחות, כגון חולים עם פגיעה קוגניטיבית, בלבול או שיטיון (דמנציה). אך למרות מורכבויות אלה, השימוש בכלים ההתנהגותיים כה מתבקש, עד שתואר כ"מהפכה הטיפולית השלישית" במדעי הרפואה, לאחר הכירורגיה והפרמקולוגיה [24]. דהיינו, הכללה מלאה של טיפולים אלו בפעילות הרפואית השוטפת תקפיץ את הרפואה המודרנית קפיצת מדרגה נוספת, שתהיה שווה בחשיבותה למהפכות שהביאו הכירורגיה והפרמקולוגיה בזמנן. חרף ההצלחות הטיפוליות והכדאיות הכלכלית, ולמרות שכאשר ניתנת לחולים ההזדמנות לבחור בין טיפול בתרופות לטיפול ההתנהגותי, הם מעדיפים פעמים רבות את הטיפול ההתנהגותי [25]. למרות זאת, הרפואה ההתנהגותית אינה נמצאת כיום ביישום רחב בקרב הקהילה הרפואית [26].

מדוע כלים התנהגותיים אינם נמצאים ביישום רחב יותר?

כדי להבין מדוע אין שימוש נרחב ברפואה ההתנהגותית באופן מקצועי ומסודר, יש לתת את הדעת, בראש ובראשונה, לחלוקה הדיכוטומית, המקובלת בעולם הרפואה זה שנים רבות, בין הטיפולים בגוף לטיפולים בנפש. בעקבות התפתחויות מדעיות במהלך המאות ה-17 וה-18, כגון גילוייו של Anton Van Leeuwenhoek במדעי המיקרוסקופיה ושל Giovanni Morgagni בתחום הנתיחה שלאחר המוות, התפתח הידע האנושי בהבנת המבנה המולקולארי והמערכת של גוף האדם, ושככה לה לאיטה הגישה המאחדת בין גוף לנפש שהייתה מקובלת בעולם מאז העת העתיקה. המהפכה התעשייתית והמדעית של המאה ה-19 המשיכה לחזק את ניסיונות ההתנתקות מהמסורות הישנות, שראו בנפש מקור לבעיות הגוף.

כך הלכה וצברה הגישה הביורפואית תאוצה בקרב הקהילה המדעית במדינות המערב [27], ובעקבותיה נוצרה במערכת הבריאות חלוקה ברורה בין גוף לנפש, אשר לפיה יש אנשי מקצוע המטפלים בגוף האדם (פנימאים, כירורגים, פיזיותרפיסטים) ואנשי מקצוע המטפלים בנפש האדם (פסיכולוגים ופסיכיאטרים). חלוקה זו קיימת גם במערכת הבריאות בישראל, והיא הועצמה עם החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994), שבו נקבע כי הטיפולים בגוף והטיפולים בנפש משויכים למערכות ולמוסדות שונים – קופות החולים אחראיות על הטיפול בגוף, ואילו משרד הבריאות אחראי על הטיפול בנפש. כמו כל פרדיגמה שלטת, הפרדיגמה הביורפואית אינה מעודדת פתיחות וחשיבה על אמצעי טיפול אחרים, ולכן על אף יעילותם, הכלים ההתנהגותיים משויכים עדיין לעולם "אחר", עולם של בריאות הנפש, שנתפס כלא-רלוונטי לטיפול באנשים שאינם סובלים מפסיכופתולוגיה נפשית. ניתן לראות את הבעייתיות בעובדה, שגם כאשר הוכנסה הרפואה ההתנהגותית באופן פורמאלי לקופות החולים, היא שובצה תחת מסגרת טיפולי הרפואה המשלימה – החלטה שמחריגה אותה מדרך המלך הטיפולית המקובלת ברפואה המערבית.

אך שואבת תובנות וכלים טיפוליים מתחומי מדע שונים, כגון: הרפואה הפסיכוסומאטית, הפסיכולוגיה הרפואית, מדעי הרפואה, נירר-פסיכולוגיה ומדעי הקוגניציה, סוציולוגיה של הרפואה ובריאות הציבור.

2. הרפואה ההתנהגותית מספקת התערבויות יעילות לטיפול בתסמינים גופניים בכל מקצועות הרפואה. התערבויות אלו מתבצעות במקביל לטיפולים התרופתיים והכירורגיים, והן משתלבות עם הטיפול הרפואי השגרת. בחלק מהחולים מיושמות הטכניקות ההתנהגותיות כטיפול נלווה לטיפול הרפואי הרגיל, ובחלק מהם נבחרים טיפולים אלה לקו טיפולי ראשון, והטיפול בהם מהווה חלופה טיפולית מועדפת.
3. טיפולי הליבה של הרפואה ההתנהגותית הם: טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (Cognitive behavioral therapy), ביופידבק, הרפיה, מדיטציה, היפנוזה וחינוך לבריאות המבוסס על עקרונות התנהגותיים.

הרפואה ההתנהגותית מבקשת להתייחס למצבי חולי שונים באופן שיכול לסייע בהפחתתם או בהיעלמם של תסמינים גופניים, בשיפור התנהגויות בריאות ובהגברת היענות לטיפולים הרפואיים המוצעים [4]. לעיתים מטרת הטיפול ההתנהגותי היא הפגת מתחים נפשיים, אשר יוצרים את הבעיה הרפואית או מחמירים אותה, כמו ביצוע תרגילי הרפיה היפנוטיים [6]. במצבים אחרים מדובר בטכניקות ליצירת שינוי בהתנהגויות בריאות בקרב המטופלים [7,6]; לדוגמה, התערבויות שמטרתן להביא לשינוי באורח החיים של חולים הלוקים בתסמונת המטבולית, כגון הפסקת עישון, תזונה נכונה, הגברת פעילות גופנית וניהול מתחים [4]. בחלק אחר מהחולים המטרה במתן טיפול זה היא להשפיע על מהלך המחלה, להביא לשיפור בתסמינים או להפיג כאבים. דוגמה לטיפול מסוג זה היא השימוש בהיפנוזה לטיפול בכוויות מדרגה שנייה, שהוכח במחקרים שונים כי הוא יעיל הן לשיכוך כאבים והן להשפעה על המערכת החיסונית שמביאה להחלמה מהירה של העור במקום הפציעה [8]. במהלך שני העשורים האחרונים, יעילותם של טיפולים התנהגותיים שונים הוכחה במחקרים קליניים שונים. אלה הראו שיפור בתסמינים הגופניים וברמת התפקוד של החולים, ללא השפעות לוואי כלשהן [8-10]. ברבים מהחולים אף הוכח, כי הטיפולים ההתנהגותיים יעילים יותר מהטיפולים הרפואיים המקובלים.

במחקר שנבדקה בו השפעתו של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) ושל ראיון מוטיבציוני (Motivational Enhancement Therapy – MET) על האיזון הגליקמי בחולי סוכרת מסוג 1, נערכה השוואה אקראית בין טיפולים אלו לבין טיפול רפואי קונבנציונלי. הודגם בהשוואה, כי ממוצע ה-HbA1c בקרב קבוצת הטיפול (MET +) (N=106) היה נמוך ב-0.45% מאשר בקבוצת הבקרה (N=121) [11]. במחקר אחר שנבדקה בו השפעת היפנוזה על כאבים בלתי מוסברים בבית החזה (Non-cardiac chest pain) סווגו באופן אקראי והשוו 28 נבדקים בקבוצת טיפול (12 מפגשי היפנוטרפיה) עם קבוצת בקרה [מספר זהה של טיפול תומך ומתן אינבו (פלסבו)]. בתוצאות המחקר הודגם שיפור תסמיני משמעותי בקרב 80% מהמטופלים בהיפנוזה לעומת 23% מקבוצת הבקרה [12].

במחקרים אלו ועוד רבים מתבוננים החוקרים במצבי חולי שונים ומגוונים, כגון כאב כרוני [14,13,6], תסמונות סומאטיות [18-15], הפרעות שינה [19] ומחלות כרוניות, כמו סוכרת, מחלות לב, HIV ועוד [20-22], ובדקים לרוב האם ניתן לסייע לאנשים עם בעיות רפואיות באמצעות טיפולים התנהגותיים. במחקרים דווח על מידת ההצלחה של טכניקות טיפוליות אלו בהתבסס על

המשפיע באופן ניכר על דרך החשיבה ועל הטיפול ברפואה המערבית. הן ממננות ומניעות מחקרים רבים באופן ישיר ועקיף, במטרה להוכיח את יעילותן של תרופות שונות [30]. אין ספק כי מחקרים מסוג זה חשובים ומבורכים, אך סביר שלא תמצא חברת תרופות אשר תשאף, לדוגמה, לבחון את היעילות של טיפול בהיפנוזה להפחתת כאבי ראש אל מול היעילות של טיפול בתרופות, ועל כן הקושי במימון לעריכת מחקרים התנהגותיים רציניים ומקיפים הוא גדול.

פעמים רבות, מחקרים בתחום הרפואה ההתנהגותית אינם מקיפים מדגם מספיק גדול או שאינם עומדים בקריטריונים נוקשים של מחקר. על כן קיים מחסור במחקר התנהגותי אשר עומד בסטנדרטים הטובים ביותר.

הרפואה ההתנהגותית בישראל

פועלים כיום בישראל מרכזים שונים המשתמשים בטכניקות התנהגותיות כחלק מפעילותם הרפואית הסדירה, אולם אין גוף רשמי המאגד את המידע על טיפולים התנהגותיים, ולכן מידע זה מקוטע ותלוי בהיכרות האישית של גורמי הטיפול בכל מסגרת. קיימות מירפאות בבתי חולים, בקופות חולים ובמכוני פרטיים, המשלבות טיפולים התנהגותיים כחלק מהעבודה הרפואית השוטפת שלהן. לרוב טיפולים אלו אינם כלולים בסל הבריאות, והפתרונות הניתנים לכך מגוונים.

■ **הרפואה ההתנהגותית היא מערך טיפולים המבוססים על כלים התנהגותיים, כגון היפנוזה, ביופידבק, חשיפה התנהגותית ועוד. כלים אלה באים לפעול במקביל לטיפול הרפואי הרגיל.**

■ **היעילות של יישום כלים מהרפואה ההתנהגותית הוכחה במחקרים אמפיריים רבים. למרות זאת, מפאת חוסר מודעות, חוסר מוכנות ומבנה מערכת בלתי מותאם, גישה זו אינה מיושמת באופן נרחב דיו בקהילייה הרפואית.**

■ **יש צורך בהקמת מירפאות רב תחומיות, המשלבות כלים התנהגותיים בטיפול בחולים הלוקים בהפרעות רפואיות שונות.**

בחלק מהמוסדות, המטופלים משלמים באופן פרטי או על ידי ביטוחים משלימים, ובחלקם הטיפול ניתנים בהתנדבות או במימון היחידה, ללא שום התחייבות מצד המבטח. על פי רוב, הרפואה ההתנהגותית בישראל משולבת במסגרות השונות כיוזמה עצמאית של מטפלים המודעים לערך הכלים ההתנהגותיים, ללא תכנון מערכתי מקיף של הנושא.

כפי הנראה, מצב זה לא ישתנה באופן מהותי גם לאחר הרפורמה בבריאות הנפש, אשר אינה עוסקת בשינויים מבניים במירפאות או בהקמת צוותים רב מקצועיים

לטיפול בבעיות גופניות בהתאם למודל הביו-פסיכוסוציאלי. אם הקופות ישיקלו לאמץ מודלים ביו-פסיכוסוציאליים במרפאות הראשוניות, הדבר עשוי להיטיב עם החולים וליצור טיפול המשלב גוף ונפש, שהוא אחת ממטרות הרפורמה.

כאמור, הפתרונות הניתנים כיום תלויים ביחזמות ייחודיות של המערכת הרפואית השונות, אולם ניתן להציע מספר עקרונות מנחים לשילוב יעיל של כלים התנהגותיים בטיפול הרפואי בחולים הנזקקים להם:

1. **טיפול רפואי כוללני:** מירפאה המשלבת כלים התנהגותיים תעבוד כיחידה רב תחומית הנותנת מענה רפואי כוללני למטופליה, עם אפשרות לטיפול תרופתי ו/או התנהגותי. זאת, באמצעות: (1) ייעוץ מסודר של אנשי מקצוע שונים השייכים למרפאה (רופאים, אחיות, פסיכולוגים, פיזיותרפיסטים, עובדת סוציאלית ומרפאים בעיסוק). (2) קבלת החלטות במסגרת

מאז 1980, בעקבות עבודתם של Engel וחיב' [28], החלה לעלות קרנה של הגישה הביו-פסיכוסוציאלית הטוענת, כי בכל מחלה קשור מצבו הביולוגי של החולה בקשר בל יינתק למצבו הפסיכולוגי והחברתי. למרות ההתקדמות הרבה בתחום, רבים מהקלינאים המקבלים תפיסה זו ממשיכים לפעול בהתאם למודל הביו-רפואי מתוך אילוצים שונים, כמו אי הכללת טיפולים אלו בסל התרופות [29]. רק בשנים האחרונות, עם ההכנה לרפורמה בבריאות הנפש, שעיקרה העברת הטיפולים שבאחריות המדינה לאחריות הקופות, ניתן לומר כי מתחיל לחול שינוי בחלוקה מערכתית זו, אך היא אינה נוגעת ישירות ברפואה ההתנהגותית. הגישה הדיכוטומית ברפואה משפיעה על מוכנות המערכת הרפואית ועל יכולתה לשלב בתוכה את הרפואה ההתנהגותית בדרכים נוספות. גורמים בהתארגנות של המערכת הרפואית בישראל ובעולם, הקשורים בהכשרת רופאים וטיפול בחולים, מקשים על יישומן של התערבויות התנהגותיות. כמעט בכל מקצועות הרפואה יכולים רופאים להיעזר ברפואה ההתנהגותית, אך הם אינם מקבלים לרוב כל הכשרה בתחום. אומנם ברוב הפקולטות לרפואה עורכים לרופאים היכרות עם המודל הביו-פסיכוסוציאלי, אך עיקר הדגש בלימודי הרפואה מושם על ההיבטים הביולוגיים ועל שיטות הטיפול התרופתיות והכירורגיות, והסטודנטים אינם מקבלים הכשרה בטכניקות מן הרפואה ההתנהגותית [28].

אומנם במהלך התמחותם עוסקים רופאי המשפחה רבות במודל הביו-פסיכוסוציאלי לשם הבנה טובה יותר של מהלך המחלה וגורמיה, אולם יש פער בין ההבנה והידע של הרופא את הצרכים הפסיכוסוציאליים של המטופל, לבין הכלים העומדים לרשותו לשם טיפול במרכיבים אלו של סבלו של החולה. יוצא מכך, שלמרות שרוב הרופאים מבינים את יחסי הגומלין בין הגוף לנפש, הם מתקשים ליישם את ההבנה הזאת בעבודתם השוטפת. בכדי להמחיש זאת, ניתן לשער כמה רופאים יציעו לחולה הסובל מיתר לחץ דם טיפול תרופתי, וכמה יציעו לו טיפול בביופידבק. במצב שבו אין לרופאים מספיק נגישות, הכשרה וידע בתחום ההתנהגותי, אך טבעי שהם לא יציעו טיפולים אלו למטופליהם. גורם אחר המשפיע על הקושי ביישום כלים התנהגותיים קשור בכך, ששיטת מתן הטיפול הרפואי האמבולטורי המקובלת כיום ברוב המרכזים הרפואיים במדינות המערב אינה מוכוונת לעבודה התנהגותית. המערכת הרפואית מותאמת למפגשים אבחוניים קצרים, שלרוב יזומים על ידי המטופל או על ידי רופא אחר, אשר מובילים להפניה להליכי אבחון, מתן טיפול בתרופות, ומפגשי מעקב וביקורת קצובים בזמן. לעומת זאת, הטיפול ההתנהגותי מבוסס בדרך כלל על סדרת מפגשים טיפוליים ארוכים יותר ותדירים יותר מן המקובל.

בעיה מבנית זו מביאה רופאים רבים להימנע מיישום טכניקות התנהגותיות, גם כאשר יש להם הידע וההכשרה המתאימים. הדבר נכון גם מהצד השני של המטבע. נושאי הדגל של הטיפולים ההתנהגותיים הם לרוב פסיכולוגים העובדים בתחום בריאות הנפש. גם כאן, הדיכוטומיה בין הגוף לנפש משפיעה באופן מהותי. כפי שהרופאים אינם לומדים כלים התנהגותיים, כך הכשרתם של פסיכולוגים קליניים אינה מכוונת לעבודה במערכת הרפואית – אשר מחייבת ידע, שפה וסגנון ייחודיים. עובדות אלו משפיעות על ההתייחסות המקצועית לתחום ההתנהגותי ומגבילות את השפעתו.

גורם נוסף המשפיע על הדרת הרפואה ההתנהגותית הוא מעורבותן של חברות התרופות בעידוד צריכת הטיפולים בתרופות המקובלים. חברות התרופות מהוות גורם שוק משמעותי מאוד,

בנוגע לרפואה ההתנהגותית היא שאלת הפתיחות להמשיך ולבחון כלים אלה.

במאמר זה, ביקשנו להראות כי הוכחה יעילותה של הרפואה ההתנהגותית בהתמודדות עם מצבי חולי שונים, כדי שרופאים יגלו מוכנות ורצון לשלבה בתהליכים רפואיים, להתנסות בה ולהמשיך ליצור פרוטוקולים טיפוליים יעילים יחד עם אנשי מקצוע אחרים (כגון פסיכולוגים רפואיים). כך, ניתן יהיה לבנות תשתית ארגונית שתאפשר יישום יומיומי של כלים ההתנהגותיים במערכת הרפואית. המירפאה הרב-תחומית בולטת כמודל המשלב היטב מפגשי מעקב וביקורת רפואיים במתכונתם הרגילה, יחד עם טיפול התנהגותי ברמה גבוהה. במסגרות מעין אלו, בחלק מהמקרים הרופא עצמו יעניק את הטיפול ההתנהגותי. בחלק אחר, שבהם מתבקש מענה התנהגותי מורכב או ארוך יותר, הרופא יוכל להפנות את המטופל לאחד מאנשי הצוות במרפאה, תוך שמירה על שיתוף פעולה וקשר טיפולי רציף.

מחבר מכותב: יעקב עזרא

רחוב נחל קידרון 3, מודיעין

טלפון: 08-9704977, פקס: 08-6403660

דוא"ל: yacovezra@gmail.com

צוות רב-תחומי, על ידי ישיבות צוות והקפדה על העברת מידע ותיאום בין הגורמים.

2. **שיטת עבודה:** הטיפול יינתן באופן מדורג ומותאם. קרי, כל מטופל יעבור הערכה ואבחון על ידי רופא ויופנה לגורמי טיפול נוספים לפי הצורך. המעקב והמשך תכנון הטיפול ייעשה באופן משולב ובתיאום כל הגורמים, באמצעות שיח רב-מקצועי, כאשר כל הצוות מכיר את כלי הטיפול השונים ברמה בסיסית.
3. **כלים טיפוליים:** מעבר לטיפול הפרטני בכלים המפורטים לעיל יש מקום גם לטיפולים קבוצתיים, כגון: קבוצות Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), קבוצת הליכה ופעילות גופנית ועוד.
4. **מחקר ופיתוח טיפולים חדשים:** מרכיב מחקר חיוני להעמקת והרחבת הידע הקיים בתחום.

לסיכום

הרפואה ההתנהגותית תישפט בסוף על פי יעילות הטיפולים שתוכל להציע. אולם כמו בכל רעיון מדעי חדש, על מנת שיתפתח ויצבור תאוצה, חייבות להימצא נכונות, הניעה (מוטיבציה) וסקרנות. השאלה המרכזית העומדת בפני הקהילה הרפואית כיום

ביבליוגרפיה

1. Hayes E, McCahon C, Panahi MR, Hamre T & al, Alliance not compliance: coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2008;20:155-62.
2. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T & al, Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabetic medicine: Journal of the British Diabetic Association*, 2005;22:1379-85.
3. Matalon A, Nahmani T, Rabin S & al, A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Family Practice*, 2002;19:251-6.
4. Mostofsky DI, Social science, behavioural medicine, and the tomato effect. *J Eval Clin Pract*, 2012;18:313-6. Site <http://www.sbm.org/about>. 2015.
5. Roditi D & Robinson ME, The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 2011;4:41-9.
6. Rosal MC, Olendzki B, Reed GW & al, Diabetes self-management among low-income Spanish-speaking patients: a pilot study. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 2005;29:225-35.
7. Ewin DM, The use of hypnosis in the treatment of burn patients. *Psychiatric Medicine*, 1992;10:79-87.
8. Swanson KS, Gevirtz RN, Brown M & al, The effect of biofeedback on function in patients with heart failure. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 2009;34:71-91.
9. Calvert EL, Houghton LA, Cooper P & al, Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. *Gastroenterology*, 2002;123:1778-85.
10. Ismail K, Maissi E, Thomas S & al, A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy and motivational interviewing for people with Type 1 diabetes mellitus with persistent sub-optimal glycaemic control: a Diabetes and Psychological Therapies (ADaPT) study. *Health Technology Assessment*, 2010;14:1-101, iii-iv.
11. Jones H, Cooper P, Miller V & al, Treatment of non-cardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy. *Gut*, 2006;55:1403-8.
12. Astin JA, Mind-body therapies for the management of pain. *The Clinical Journal of Pain*, 2004;20:27-32.
13. Jensen MP, Barber J, Romano JM et al. A comparison of self-hypnosis versus progressive muscle relaxation in patients with multiple sclerosis and chronic pain. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*. 2009 Apr;57(2):198-221.
14. Blanchard EB, Andrasik F, Appelbaum KA & al, Three studies of the psychologic changes in chronic headache patients associated with biofeedback and relaxation therapies. *Psychosomatic Medicine*, 1986;48:73-83.
15. Kroenke K, Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 2007;69:881-8.
16. Mullally WJ, Hall K & Goldstein R, Efficacy of biofeedback in the treatment of migraine and tension type headaches. *Pain physician*, 2009;12:1005-11.
17. Moss-Morris R, McAlpine L, Didsbury LP & al, A randomized controlled trial of a cognitive behavioural therapy-based self-management intervention for irritable bowel syndrome in primary care. *Psychological Medicine*, 2010;40:85-94.
18. Ganelin-Cohen E & Ashkenasi A, Disordered sleep in pediatric patients with attention deficit hyperactivity disorder: an overview. *The Israel Medical*

- Association journal: IMAJ, 2013;15:705-9.
19. *McGrady A*, The effects of biofeedback in diabetes and essential hypertension. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2010;77 (Suppl 3):S68-71.
 20. *Mizrahi MC, Reicher-Atir R, Levy S, Haramati S & al*, Effects of guided imagery with relaxation training on anxiety and quality of life among patients with inflammatory bowel disease. *Psychology & Health*, 2012;27:1463-79.
 21. *Chaiyachati KH, Ogbuoji O, Price M & al*, Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review. *AIDS*, 2014;28 (Suppl 2):S187-204.
 22. *Schattner A*, The emotional dimension and the biological paradigm of illness: time for a change. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians*, 2003;96:617-21.
 23. *Basmajian JV*, The third therapeutic revolution: behavioral medicine. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 1999;24:107-16.
 24. *Ezra Y, Gotkine M, Goldman S & al*, Hypnotic relaxation vs amitriptyline for tension-type headache: let the patient choose. *Headache*, 2012;52:785-91.
 25. *Astin JA, Soeken K, Sierpina V & al*, Barriers to the integration of psychosocial factors in medicine: results of a national survey of physicians. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 2006;19:557-65.
 26. *Taylor SE*, *Health Psychology*. Boston, Massachusetts: McGraw-Hill; 2006.
 27. *Engel GL*, The biopsychosocial model and the education of health professionals. *General Hospital Psychiatry*, 1979;1:156-65.
 28. *Engel GL*, The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977;196:129-36.
 29. *Stamatakis E, Weiler R & Ioannidis JP*, Undue industry influences that distort healthcare research, strategy, expenditure and practice: a review. *European Journal of Clinical Investigation*, 2013;43:469-75.